CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 18.

DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT

DE L'ENTROPION

THÈSE

PRESENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

le 2 mai 1885

PAR

Fortuné ADOUL

Né à Marseille

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1885

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544306_0075

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT (O. ✻ ✠). Doyen
GRASSET..... .....
LANNEGRACE..... Assesseurs

Professeurs.

	Messieurs :
Clinique médicale.	DUPRÉ (✻ C ✠).
Anatomie.	BENOIT (O. ✻ ✠).
Clinique médicale.	COMBAL (✻ ✠).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER (✻).
Physique médicale.	MOITESSIER (✻).
Anatomie patholog. et histologie.	ESTOR
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médic	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur. méd	PLANCHON (✻ ✠).
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	L. DUMAS.
Clinique chirurgicale, ch. du cours	SERRE.
Opérations et appareils. id.	CHALOT.
Pathologie externe.	N.

MARTINS (O. ✻). COURTY (✻). I. DUMAS (✻). Prof. honor.

Chargés de Cours :

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN (✻), agrégé.

Agrégés.

Messieurs :	Messieurs
JACQUEMET.	MOSSÉ (✻).
GRYNFELTT.	REGIMBEAU (✻).
DE GIRARD.	TÉDENAT.
SERRE.	BLAISE.
CARRIEU.	BAUMEL.
MAIRET.	VILLE.
CHALOT.	GRANEL.
BIMAR.	

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire.

Examinateurs de la Thèse :

MM. DUBRUEIL, *président ;*
BERTIN-SANS, professeur ;
TÉDENAT, agrégé ;
BAUMEL, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la Mémoire vénérée

DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MES DEUX SŒURS CHÉRIES

Soyons toujours unis.

A TOUS MES PARENTS

F. ADOUL.

A Monsieur le Dr NICATI

A Monsieur A. PAPPAS

Vice-Consul de Grèce
Chevalier de l'Ordre du Sauveur
Officier de l'Instruction publique, etc.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur DUBRUEIL

A MES MAITRES

A MES AMIS

F. ADOUL.

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder notre sujet, nous avons un devoir à remplir, une dette sacrée à payer: la dette de la reconnaissance.

Nous sommes heureux de pouvoir exprimer ici toute notre gratitude à M. le Docteur Nicati, notre maître, pour la bonté avec laquelle il nous a reçu dans sa clinique, pour tous les bons conseils qu'il nous a toujours prodigués. Nous le remercions vivement de ne nous avoir marchandé ni son temps ni sa science.

M. Pappas, a lui aussi droit à tous nos remercîments, pour les services qu'il nous a rendus.

Qu'il nous soit permis enfin de témoigner notre reconnaissance à nos Maîtres dans les hôpitaux de Marseille et à la Faculté de Médecine de Montpellier, qui n'ont cessé de nous témoigner leur bienveillance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DE L'ENTROPION

DIVISION DU SUJET

Nous avons divisé notre sujet en deux parties.

Dans la première, nous faisons le diagnostic différentiel de l'Entropion et du Trichiasis.

Nous consacrons un premier chapitre à l'Historique qui nous sert à montrer la confusion des auteurs à ce sujet.

Dans le deuxième chapitre, nous discutons notre diagnostic.

La deuxième partie de notre thèse est réservée aux procédés opératoires.

Le 1er chapitre comprend le tableau des opérations contre l'Entropion.

Le 2^{e} chapitre, une critique générale de ces opérations.

Le 3^{e} chapitre, l'exposition du procédé (Tarsectomie avec avancement du releveur) et les observations relatives à ce sujet.

Le 4e chapitre traite de la conjontivo-plastie.

Tel est, exposé en quelques mots, le modeste travail que nous soumettons à nos Juges. Persuadé que nous sommes qu'ils tiendront compte de nos efforts, nous réclamons toute leur indulgence.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Dès la plus haute antiquité, frappés de la direction vicieuse que prennent les cils dans maintes circonstances, les premiers chirurgiens donnèrent à cette affection le nom générique de Trichiasis (de θρίξ, poil).

Hippocrate (1), Héraclide en font à peine mention.

Celse (2) commence à en avoir une idée un peu plus nette et à établir une division en disant « qu'il y avait une seconde forme de trichiasis qui dépend du relâchement d'un pli de la peau. » Mais tout cela est encore fort obscur.

Aétius, le premier, emploie le terme de *Phalangose* pour désigner un genre particulier de trichiasis, sans pourtant rien préciser.

Paul d'Egine (3) est plus affirmatif. Il entend par *Phalangose* « le trichiasis dans lequel le cartilage est lui-même roulé en dedans. » On voit aussi dans ses livres le mot distichiasis sans bien comprendre le sens qu'il lui donne.

Pendant longtemps ces termes sont employés sans signifi –

(1) Hippocrate, t. II, p. 517, trad. de Littré 1840.
(2) Celse, liv. 7, ch. 7, § 8.
(3) V. Sprengel, Hist. de la médecine.

cation bien déterminée, et même en 1680 Charles de Saint-Yves ne fait que répéter ses prédécesseurs, en distinguant deux espèces de trichiasis : « dans la première, les cils seuls ont une déviation vicieuse ; dans la deuxième, le cartilage tarse est lui-même roulé. »

Henkel 1712, blâme l'usage où l'on était de confondre les mots de phalangose, blépharoptose, trichiasis et distichiasis, mais sans préciser lui-même le sens qu'il faut attacher à chacun.

Enfin, en 1762, nous trouvons dans un traité manuscrit des maladies des yeux de Ferrein (1), un passage qu'il nous a paru bon de reproduire, car il nous montre ce que l'on entendait à cette époque par trichiasis et les noms que l'on donnait à ses différentes espèces. « On appelle trichiasis cette confor-» mation ou situation des poils par laquelle ils ont leur pointe » tournée en dedans du globe oculaire ou de la face anté-» rieure de l'œil. Le renversement des cils est naturel ou acci-» dentel : le premier se nomme *distichiasis*, c'est celui où les » poils sont tournés en dedans par la seule disposition de » leurs pores ; le renversement accidentel vient de ce que les » cils se tournent par quelque vice accidentel du côté de la » surface antérieure du globe. Les auteurs ont cru qu'il en » survenait deux ou trois rangées, intercurremment, ce qu'ils » ont nommé *phalangosis*, mais je crois qu'il y en a plusieurs » rangées naturellement, où quelques-unes de ces rangées » sont tournées naturellement en dedans, et les autres en de-» hors. La cause prochaine vient : 1° d'une conformation et direc-» tion des fibres et pores qui doivent transmettre les poils ; » 2° du renversement même des bords de la paupière ; pour » lors on nomme cette espèce *phtosis ;* 3° de ce que les pores

(1) Ferrein, Traité des maladies des yeux, p. 62.

»qui doivent conduire les poils sont contournés par une cause »qui violente et qui gêne leur direction, c'est ce que l'on »nomme *chalasis.*»

Nous voyons donc que le mot *phalangosis* détourné de sa signification première est remplacé par le mot *phtosis* qui deviendra plus tard l'entropion et qu'il est fait une troisième division, le *chalasis* qui sera notre *trichiasis.*

En 1770, Gendron (1) est encore plus précis. Il établit avec des noms différents les divisions qui persistent aujourd'hui. « La plupart des auteurs qui ont parlé du trichiasis en »ont fait de trois sortes auxquels ils ont donné des noms dif»férents; ils ont nommé la première de ces incommodités »*distichiasis*, quand il paraît un double rang de cils aux pau»pières dont les uns se portent en dehors et les autres en de»dans de l'œil et le piquent; la deuxième espèce a été appelée »*phalangosis* quand les cils seuls se dérangent et se portent »en dedans de l'œil; la troisième a été nommée *phtosis* quand »non seulement les cils s'y portent, mais aussi le cartilage.»

En 1772, Janin (2) ne fait rien de mieux.

Wenzel (3) 1808, emploie le premier, parmi les auteurs qu'il nous a été permis de consulter, le mot *entropion*, tout en ne lui accordant pas une signification bien nette. «Le »trichiasis est presque toujours le produit d'une ophthalmie »qui, ayant tuméfié la conjonctive des paupières, et abreuvé »leurs bords, détermine le tarse à se retourner et à diriger »les cils en totalité ou en partie vers le globe. Dans le pre»mier cas, ce sera le *phalangosis* et dans le second le *disti»chiasis* qui alors fait croire qu'il y a un double rang de cils. »Cette dernière opinion de quelques chirurgiens paraît assez

(1) Gendron, Traité des maladies des yeux 1770, p. 236.

(2) Mémoires et observations anatomiques, physiologiques et physiques sur l'œil et les maladies qui affectent cet organe.

(3) Wenzel, Manuel de l'oculiste, 1808, t. II. p. 75 et 132.

»vraisemblable; des brûlures, des blessures, des coups avec »des corps contondants peuvent aussi déterminer le renver- »sement en dedans de la paupière ou l'*entropion* et donne »lieu à la trichiaise. »

A partir de cette époque, tous ces termes sans signification bien précise disparaissent, et nous voyons les chirurgiens employer les mots *distichiasis* pour désigner deux rangées des cils, *trichiasis* la déviation des cils vers le globe de l'œil et *entropion* le renversement de la paupière en dedans.

Lawrence (1), en 1825, établit bien cette distinction ; cependant dans sa description nous voyons qu'il emploie le mot trichiasis comme terme général indiquant toute déviation des cils, et qu'il en fait le symptôme de l'entropion.

Weller (2) 1866, le comprend dans le même sens.

Enfin, dans ces derniers temps, la plupart des auteurs : Makensie, Fano, Sœlberg Wells, Abadie font du trichiasis une affection bien distincte de l'entropion, mais dans leur description ils n'ajoutent rien en somme à ce qu'ont dit les auteurs anciens; le trichiasis étant, d'après eux, la simple déviation des cils et l'entropion la déviation avec renversement de la paupière elle-même.

M. Nicati (3) le premier s'est attaché à établir le diagnostic différentiel des deux affections en établissant que le trichiasis est le résultat d'une affection localisée à la marge palpébrale, une déviation des cils par atrophie de cette marge, l'entropion le renversement de la paupière en dedans sans lésion de la marge.

(1) T. et W., Traité des maladies des yeux, p. 299, note xxxvi, 1856.

(2) Traité prat. des maladies des yeux, 1866, p. 385, traduit de l'anglais 1829, p. 729.

(3) Archives d'opht., sept,-oct. 1883.

M. de Wecker (1) absorbe encore presque complètement le trichiasis aux dépens de l'entropion; « le trichiasis ou dis-»tichiasis est, dans la majorité des cas, provoqué par un »changement de courbure qu'a subi le tarse, sur la surface »concave duquel un tissu cicatriciel a pris naissance; celui-»ci, résultat ordinaire dû aux granulations, tendant à accen-»tuer la courbure du tarse et à entraîner en dedans par ce »mouvement le bord palpébral qui y adhère. »

M. Gayet, lui aussi, confond le trichiasis avec l'entropion limité à la partie moyenne (2).

Cet historique nous montre que dans les premiers temps de la médecine, le mot trichiasis était employé comme terme générique pour désigner toute déviation des cils vers le globe de l'œil.

Peu à peu des distinctions furent faites et l'on divisa le trichiasis en deux ordres :

Le phalangosis, indiquant le renversement de la paupière en dedans.

Le chalasis, la déviation seule des cils.

Le mot phalangosis ne reste pas longtemps; il est remplacé par le terme phtosis qui rendu bientôt à la signification exacte qu'il possède aujourd'hui, est définitivement remplacé par le mot entropion.

Le terme chalasis disparaît également et il ne reste plus aujourd'hui, pour désigner deux lésions différentes de nature et de siège, que les mots Trichiasis et Entropion.

1) Chirurgie oculaire p. 329, 1879

2) Parent, Thèse de Lyon 1883.

CHAPITRE II.

DISCUSSION

Pourquoi un grand nombre de chirurgiens ont-ils confondu ces deux affections de siège et de nature si différentes?

C'est assurément parce qu'ils n'ont pas fait rentrer en ligne de compte l'anatomie de la région et surtout de cette partie de la paupière que les auteurs nomment bord libre.

Si nous examinons une coupe microscopique, taillée verticalement à travers une paupière normale, nous voyons que cet organe est composé 1° d'une couche cutanée remarquable par son excessive ténuité; 2° d'une couche cellulaire extrêmement mince; 3° d'une couche musculaire formée par la portion palpébrale de l'orbiculaire; 4° d'une couche celluleuse plus dense, unissant le plan musculaire au cartilage; 5° d'un fibro-cartilage, le tarse; 6° enfin, d'une couche muqueuse très adhérente au cartilage surtout vers la région antérieure.

Ces différentes couches viennent se fusionner en avant dans cette partie de la paupière que la plupart des auteurs nomment bord libre, mais que l'on doit considérer plutôt comme une face (1) et que nous nommerons face marginale ou marge.

Cette surface large de 3 millimètres est limitée par deux arêtes.

L'arête postérieure ou conjonctivale est située un peu en

(1) Nicati, Archives d'ophthalmologie, sept. et oct. 1883.

arrière d'une rangée d'orifices régulièrement espacés livrant passage au produit de sécrétion des glandes de Meibomius.

Nous disons en arrière et nous insistons sur ce point, parce que la position de ces orifices sert en toutes circonstances à établir la situation de la marge alors même que l'arête est effacée.

L'arête antérieure ou cutanée est recouverte de poils obliquement implantés dans son épaisseur.

C'est ainsi que le décrivent les auteurs, et cette description est exacte pour la paupière inférieure où les cils, beaucoup moins nombreux, occupent l'arête elle-même pour émerger en direction horizontale et recourber leur pointe vers le bas. A la paupière supérieure, l'implantation est sur la marge elle-même dont elle occupe presque le tiers antérieur. En sorte que la base d'implantation des cils appartient à la surface horizontale, l'arête elle-même est située immédiatement en avant. Les cils forment à leur base un angle très obtus avec la marge pour ne prendre une direction horizontale que vers le milieu.

La surface marginale est revêtue d'un épithélium à cellules plates comme l'épiderme cutané, et qui offre ceci de particulier que le derme recouvrant sa face profonde est à mailles serrées et se confond avec l'épanouissement du cartilage tarse.

L'adhérence avec le tarse est ainsi très intime. Elle est augmentée encore par la présence des conduits des glandes de Meibomius qui se continuent eux-mêmes avec l'épiderme. En vertu de cette adhérence, la marge est absolument solidaire du tarse et l'accompagne dans toutes ses déviations.

On comprend donc, d'après cette description, que les cils ne pourront se rapprocher du globe oculaire que sous l'in-

fluence de deux causes : 1° par atrophie de la marge ; 2° par incurvation du tarse auquel la marge est intimément unie.

M. Nicati dans les archives d'ophthalmologie de 1883, nous donne deux définitions qui répondent bien à ces causes, en établissant une différence qui ne permet plus aujourd'hui de confondre ces deux états.

« On donne le nom de trichiasis à la déviation des cils par destruction (par atrophie) de la marge ; et d'entropion à la déviation des cils par renversement de la marge vers le globe de l'œil. »

Quant au terme distichiasis, nous le réservons avec cet oculiste aux seuls faits d'anomalie congénitale, caractérisés par la présence d'une rangée surnuméraire de cils plantés à l'orifice des glandes de Meibomius, ainsi que nous en avons vu plusieurs exemples à la clinique. La seule indication opératoire de cette affection est la destruction de ces cils avec le tissu dans lequel ils sont implantés.

Dans le trichiasis à son degré extrême, la surface marginale est remplacée par une arête où se trouvent confondus sur une même ligne les orifices glandulaires et les cils. Dans les cas moins avancés, les cils se trouvent seulement rapprochés des orifices glandulaires.

La nature du trichiasis étant bien déterminée, il est facile de voir quel doit en être le traitement. L'indication opératoire de cette affection est le remplacement de la marge détruite, ou lorsque le trichiasis est limité à quelques cils, l'opération ancienne de Celse, l'Illaquéation d'Avicenne remise en honneur par Snellen.

L'entropion, ainsi que nous l'avons admis, est le fait de la déviation des cils par renversement de la marge dont la cause principale, est la rétraction cicatricielle de la conjonctive.

Dans le trichiasis, la marge était détruite ; ici elle est intacte,

mais renversée contre la cornée. Elle se distingue difffcilement de la conjonctive au premier aspect, mais grâce à la présence des orifices glandulaires, le diagnostic sera toujours facile. Quand on renverse la paupière, en effet, on trouve parallèlement aux cils et à une distance égale à la largeur de la marge la ligne formée par ces orifices.

Il y a sans doute des cas d'entropion compliqués de trichiasis, mais ces faits sont accidentels et faciles à reconnaître.

Ils sont le produit de deux affections de siège et de nature différentes,dont l'une palpébrale (l'eczéma, la variole) produit le trichiasis et l'autre conjonctivale (ophthalmie granuleuse) produit l'entropion.

Comment se fait l'entropion ?

La conjonctive adhérente sur le tarse agit en se rétractant comme une corde sur un arc. L'extrémité supérieure étant maintenue fixe par ses attaches profondes et en particulier par la traction qu'exerce le releveur palpébral, c'est l'extrémité inférieure, la marge, qui est entraînée ; sa face perd la direction horizontale pour devenir verticale, et les cils viennent alors frotter le globe oculaire.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE Ier

De même que l'anatomie, de la paupière et surtout de cette partie que nous appelons marge, nous a servi à établir le diagnostic du trichiasis et de l'entropion, de même encore cette anatomie nous servira à classer en groupes, suivant le principe qui leur sert de base, les opérations si nombreuses de l'entropion.

Suivant que l'opération consiste à exercer une simple traction sur l'arête ciliaire ou cutanée sans intéresser le tarse; qu'elle s'adresse au tarse lui-même pour le sectionner ou le réséquer, qu'elle crée derrière les cils une marge nouvelle entre ceux-ci et la marge renversée, qu'elle restitue en remplaçant par de la peau la conjonctive détruite, ou enfin qu'elle s'adresse à l'angle externe des paupières pour l'agrandir, nous aurons cinq groupes différents dans lesquels nous comprendrons tous les procédés opératoires que nous avons eus à notre connaissance.

Ce sont:

Les procédés dermoplastiques.
Les procédés tarsoplastiques.
Les procédés marginoplastiques.
Les procédés conjonctivoplastiques.
Les procédés canthoplastiques.

On pourra nous reprocher d'avoir donné des noms arbitraires à notre division et d'avoir détourné de sa signification première le mot *plastique* dont nous nous servons.

Il est vrai qu'on entend généralement par opérations plastiques (de πλασσειν, former), les opérations qui ont pour but de réparer les parties altérées. Cependant nous croyons qu'on peut étendre la signification de ce mot et que l'on peut comprendre parmi les opérations plastiques toutes celles qui ont pour but de corriger la forme vicieuse d'un organe quelconque.

Nous ne voulons pas reproduire ici la description détaillée de chacun de ces procédés, il nous suffira d'en indiquer les traits distinctifs pour marquer leur place dans notre classification: c'est ce que nous avons essayé de faire dans le tableau suivant.

Les subdivisions que nous avons cru devoir établir dans les groupes n'ont pas besoin d'éclaircissements.

Tous les procédés opératoires indiqués ne sont pas des procédés spécialement affectés à l'entropion; la plus part ont été employés aussi pour le trichiasis; mais comme les auteurs anciens et un grand nombre d'auteurs modernes confondent ces deux états si différents pourtant, nous nous sommes cru obligés de les citer et de les faire figurer dans le cadre des procédés contre l'entropion.

Nous laissons de côté toutes ces manœuvres, sans effet durable, qui consistent à redresser les paupières avec des bandelettes, des fils, des serres-fines et que nous ne considérons pas comme des opérations.

Notre tableau se compose de quatre colonnes.

Dans la première nous indiquons le genre opératoire; dans la deuxième nous faisons une description sommaire de l'opération; dans la troisième nous mettons le nom de l'opérateur; dans la quatrième l'indication bibliographique.

DERMOPLASTIES

GENRE	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'OPÉRATION	OPÉRATEUR	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE
Excision de la peau	Excision transversale de la peau avec suture simple.	Celse	A.-C. Celsi de medicina. lib. VII, cap. VII., n° 8.
	Excision transversale de la peau avec emploi du bandage monoculus.	Scarpa	Voy. Sprengel, hist. de la méd.
	Excision transversale de la peau avec suture avant l'excision.	Velpeau	Nouveaux éléments de médecine opératoire, t. III, p. 360, 2e édit.
	Excision transversale de la peau très près du bord et suture.	Roustan	Tramoni, thèse de Montpellier 1884, p. 35.
	Excision transversale de toute la peau de la paupière.	Lisfranc	V. Sprengel, hist. de la Médec.
	Excision verticale de la peau. Suture simple.	Hippocrate	t. III., p. 45, trad. Littré, Paris, 1840
	Excision verticale de la peau. Suture entortillée. Excision en forme étoilée.	Janson Carron du Villard	Guide pratique pour l'étude et le traitement des maladies des yeux, t. I, p. 324 et t. III, p. 333.
	Compression d'un repli de peau au moyen d'une presse (représentée dans Wenzel).	Bartich	Manuel de l'oculiste, t. II, p. 39, pl. XXII.
	Compression d'un repli de peau au moyen d'une pince percée de trous à travers lesquels on passe des fils servant à la suture des lèvres de la plaie après qu'on a excisé une portion de peau.	Verduc et Rau Bonnafont	Archiv. für ophtalmo., t. I, A II. Traité théorique et pratique des mal. des yeux, p. 832.
	Incision à 2 millimètres de la marge, puis limitation à l'aide de deux incisions et excision d'un lambeau triangulaire à base correspondant à l'incision initiale, puis 3 points de suture.	De Grœfe	V. Dubrueil, Médec. opérat., p. 369.
	Excision cruciale de la peau.	Segond de Cayenne	Clinique des hôpitaux de Cayenne, Revue médicale 1836
	Incision transversale au niveau du bord adhérent, et deux autres partant de la précédente et allant se terminer à une petite distance de la ligne des cils. Cela représente un triangle à sommet tronqué ayant 12 millimètres à la base et 6 millimètres au sommet. On détache le lambeau et on retranche autant de peau qu'il en faut pour redresser la marge, puis on suture.	Brach	E. Zeis Handbuch, der plastichen. chirurgie, p. 392. Berlin 1838.
Mortification de la peau	Cautérisation au fer rouge sans incision de la peau.	Celse Ambroise Paré Delpech	Hist. de la médecine par Sprengel.
	Cautérisation au fer rouge après incision parallèle au bord pul.	Galezowski	Recueil d'ophtalmologie, p. 269, 1875.
	Cautérisation avec caustique. — Acide sulfurique	Ware Helling	Cit. in Schmit 1855. Hufeland's, journal, t. LV, p. 115, 815.
	Savon, chaux vive (mélange). Séton.	Abel Kasan Flarer	Hist. de la médecine par Sprengel.
	2 points de suture traversant la peau et le muscle ; on passe les extré	Gaillard de Poitiers	

et le muscle orbiculaire	Ajouter l'excision des saillies cutanées intermédiaires aux points de suture.	Cunier	Voy. Fano., traité des maladies des yeux.
	Faire adhérer les tissus par plusieurs ligatures verticales qui, après la chute des fils, tirent sur la marge.	Williams	Annales d'oculistique, t. XLIII, p. 136.
Section de l'orbiculaire	Section de l'orbiculaire après incision de la peau.	Key	The lancet, 5 nov. 1825.
	Section sous-cutanée de l'orbiculaire.	Cunier	Annales d'oculistique, t. v, p. 264
	1° Dédoublement de la marge en deux feuillets; 2° Incision courbe allant se réunir aux angles du précédent lambeau et limitant un petit lambeau de peau semi-lunaire que l'on excise; 3° Suture unissant l'arête ciliaire détachée à la lèvre supérieure de la peau.	Aetius Paul d'Egine Iœsche Arlt	(V.) Anagnos takis, contribution à l'hist. de la chirurgie oculaire chez les anciens Athènes 1872, p. 6. Medic. Zeintung Russlands 1844, n° 9 Progrès médic., Viertel johrschrift, t. VIII, 1845.
Dédoublement de la marge	Deux incisions verticales de 9 millimètres de hauteur partant de l'arête délimitant la portion à transplanter : 2e division de la marge en deux couches, puis on attache la couche cutanée de manière que l'arête ciliaire soit remontée.	De Grœfe	Arch. für opht. 1864, t. x, p. 266.
	1° t. Canthoplastie de De Ammon. 2° t. Dédoublement de la marge. 3° t. Application de 3 ou 4 sutures de Gaillard.	Bachon Wecker	Recueil des mémoires de médecine et de chirurgie militaires 1879. t. XXXV, p. 96. Chirurgie oculaire 1879, p. 375.
	1° Incision parallèle à l'arête ciliaire à 3 millimètres de cette arête : 2° Excision des faisceaux musculaires, 3° Sutures, fils passés par le bord inférieur de la plaie cutanée puis à travers la couche fibro-celluleuse qui recouvre le tarse. On noue et on laisse tomber les fils. Le lambeau va prendre son point d'appui non plus sur la peau, mais sur la partie supérieure du tarse.	Anagnostakis	Annales d'oculistique, t. XXXVIII, 1857, p. 5.
Suture de l'arête ciliaire avec le torse	1° Incision horizontale à 3 millimètres de la rangée des cils jusqu'au cartilage. 2° Dissection de haut en bas du lambeau marginal jusque sous la muqueuse de la marge. 3° Dissection de la lèvre supérieure. 4° Le premier point de suture se place au milieu du ligament supérieur et de là l'aiguille vient sortir derrière la rangée des cils, on serre et noue les fils.	Panas	V. Menu. thèse de Paris 1873, n° 472, p. 32 et article *Paupières*, dict. des sc. médicales, 1878, p. 306.
	Combiner le dédoublement de la marge du Tœche Arlt et les sutures d'Anagnostakis.	Warlomont	Chirurgie oculaire 1879, p. 375.

TARSOPLASTIES

GENRE	DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'OPÉRATION	OPÉRATEUR	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE
Tasotomie	Incision horizontale de dedans en dehors parallèle à la marge et à 3 millimètres de cette marge ; puis ablation de peau et sutures incision à 6 millimètres de la marge.	De Ammon Richter	Ammon's Zeitschrift, t. III, p. 247, 1833. Anfangs grùnde der, Wundarzneikunde, Gœttingen 1799.
	Incision verticale de toute l'épaisseur de la paupière et on laisse guérir par granulations.	Guérin Physick Bouchet Ware	Journal de Montpellier, t. II. p. 281, V. Mackensie fourth édition, p 223.
	Incision transversale et interne du tarse, puis excision d'un pli de peau et sutures.	Paul d'Egine	Traduct. de Daleschamps, chap. 8. p. 35,
	Incision perpendiculaire de l'épaisseur de la paupière, puis près du centre, excision transversale d'une partie des téguments.	Tyrrel	Rognetta, p. 621, traité d'ophtalm
	Incision verticale et transversale, puis on fixe la paupière dans un état de renversement en dehors avec le fils de la suture.	Warton Jones	Mackensie, t. I, p. 316, traité d'ophtal.
	Incision perpendiculaire de la paupière aux deux extrémités ; puis on réunit ces plaies par une incision transversale de la conjonctive et on maintient le cartilage quelque temps relevé.	Crampton	Essay on, the entropion, or inversion, of. the. Eyelids, London, 1806.
	Ajouter à ce procédé l'ablation d'un repli horizontal de peau avec réunion des lèvres de la plaie.	Guthrie	Lectures on the opérative, surgery, of. the Eye, p. 31, London 1823.
	On fait deux sections verticales et on réunit sur la paupière renversée les extrémités supérieures de ces dernières par une incision qui n'intéresse que la conjonctive et le tarse.	Adams Jœger (père)	Traité d'ophtalmologie de De Wecker. p. 213, t. I. Ch. Duval, chirurgie oculaire, p. 429, Paris 1844.
	Incision à 2 ou 3 millimètres de l'arète ciliaire le tarse horizontalement et dans toute sa longueur, puis excision d'un pli cutané,	Burow (père)	Berlin^{er} Klin. Wochenschrift, n° 24, 1873.
	Ajouter à son opération mentionnée aux dermoplasties la section transversale du tarse.	Panas	Archiv. d'opht. 1882. p. 210.

Tasectomie	Extirpation complète du tarse après incision de la peau et dissection du lambeau.	Saunders	Treatise on some practical points. of the diseases of the eye, p. 41, London, 1811.
	Extirpation d'une portion triangulaire de l'épaisseur de la paupière, la base du triangle correspond à l'arête ciliaire.	Schreger et Desmares	Traité des maladies des yeux, t. I. p. 501.
	Incision près de l'arête ciliaire, section de la conjonctive tarsienne sur une hauteur de 5 millimètres. Ablation de la portion inférieure du tarse et sutures.	Lindner	Neue opérations méthode derdistiachis, med. zeitg, n° 26. ollg. Wuner.
	Incision de la peau à 2 millimètres de l'arête ciliaire, puis incision parallèle à la première jusqu'au cartilage à une distance de 5 millimètres et venant se confondre avec les premières aux deux extrémités. On fait alors pénétrer profondément ces deux incisions dans une direction oblique l'une vers l'autre et on enlève le triangle de tarse	Streatfield	Annal. d'oculis., t. XL, p. 212. Ophthalmic hospital reports n° 3. p. 121.
	Incision à 3 millimètres de l'arête ciliaire. Excision d'une bandelette de l'orbical, puis excision en forme d'un coin de tarse et sutures, au nombre de 3 à 4 millimètre au-dessus de la perte de substance du tarse on fait pencher un fil armé de deux aiguilles ; le fil qui entre dans une partie intacte du tarse doit sortir au bord supérieur de l'entaille qu'on y a pratiquée. Cela fait, chaque aiguille étant portée au bord inférieur de la même entaille est glissée sous la petite bandelette de peau qui a été ménagée à la partie inférieure de la paupière et dirigée de façon à venir sortir un peu au-dessus de la ligne des cils.	Snellen	Traité d'ophthalmologie de De Wecker 1879. p 215. t. I.
	Excision du tarse avec avancement du releveur, opération pratiquée tout entière par la face interne.	Nicati	Archiv. d'opht , sept., oct. 1883.
	Incision de la peau jusqu'à la conjonctive à 3 millimètres de l'arête ciliaire. On écarte les lèvres de la plaie et on excise 2 ou 3 millimètres de tarse et de conjonctive.	Berlin	Archiv. für ophtalm., t. XVIII, 2, p. 91.

MARGINOPLASTIES

DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'OPÉRATION	OPÉRATEUR	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE
Faire un lambeau de l'arête ciliaire et glisser à sa place une bande de peau prise au-dessus.	Spencer Watson	Ophthalmie hospital reports VII, p. 440, Nœgel Jahresbericht, p. 451.
Section de la partie de l'arête ciliaire qu'il s'agit de transplanter, tout en laissant adhérente à sa partie interne. Le lambeau soulevé, on suture les lèvres de la plaie, puis on circonscrit une nouvelle face marginale et l'on implante sur la plaie formée le lambeau ciliaire. (Marginoplastie latérale).	Nicati	Marseille médical 1879.
Division de la marge, incision parallèle de la peau au-dessus de la marge, et aux extrémités de celle-ci deux petites incisions perpendiculaires qui prolongées donnent un peu de peau munie de cils à l'un de ses bords puis deux incisions parallèles, on obtient ainsi un pont que l'on sépare du muscle sous jacent sauf aux deux extrémité. On attire ces ponts en bas au-dessous des cils et à sa place on fixe ce pont inférieur qui porte les cils.	Junge	Traité d'ophtalmologie de Chodin 1882. Revue d'opt., t. II, n° 2, p. 48.
Faire passer un lambeau cutané adhérent à sa partie médiane à travers une boutonnière pratiquée derrière l'arête ciliaire (Marginoplastie médiane) .Les lambeau ciliaire est laissé adhérent à ses deux extrémités, au-dessous de ce pont on fait glisser un lambeau détaché au-dessus	Nicati Dor	Marseille médical 1879 et archives d'ophtalmologie, sept., oct 1883. Lyon médical, 14 oct. 1883.
Faire glisser l'arête ciliaire et former un lambeau de la peau à transplanter.	Dianoux Gayet	Annales d'oculistique, sept., oct. 1882. Congrès d'Amsterdam.
1° Incision en arrière des cils dans la marge ; 2° délimination d'un lambeau cutané comprenant le tarse ; 3° le lambeau est amené dans le sillon ; 4° sutures.	Gayet	Parent, thèse de Lyon 1883.

CONJONCTIVOPLASTIES

DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'OPÉRATION	OPÉRATEUR	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE
1° Formation d'un lambeau cutané; 2° boutonnière à travers muscle et tarse dans son milieu, à travers lesquels on fait glisser le lambeau cutané; 3° sutures.	Nicati	Marseille médical 1859.
1° Formation d'un lambeau cutané comprenant le tarse; 2° Incisions verticales de toute la paupière; 3° On tord le lambeau adhérent à l'angle externe et on le met entre les lèvres de la plaie; 4° Sutures.	Gayet	Parent, thèse de Lyon 1883.

CANTHOPLASTIES

On sectionne la commissure externe avec des ciseaux; on tire sur la plaie pour que l'incision qui était transversale devienne verticale; on suture la conjonctive à la peau.	De Ammon	Ammon's Zutschrift, t. III, 1833.
On taille au niveau de la commissure externe un petit lambeau triangulaire représentant un V dont la base regarde le globe oculaire et auquel on donne un peu plus de la longueur présumée de l'ancienne fente palpébrale. Dissection des téguments et du muscle orbiculaire jusqu'à la conjonctive. Ce lambeau enlevé on divise sur la ligne médiane la membrane muqueuse qui reste seule dans le fond d'un triangle. On obtient ainsi deux petits lambeau flottants qui sont greffés avec des serres-fines aux bords de l'incision cutanée (canthoplastie par bordage).	Richet	Anatomie chirurgicale, p. 38.
Commissure externe fendue; on fait subir aux lèvres de la plaie des tractions et on met la muqueuse en rapport avec la peau; on rend ainsi la réunion impossible, on allonge la fente palpébrale et l'on produit un ectropion modéré; 2° ligot de Gaillard; 3° incision parallèle au bord palpébral intéressant même le tarse (tarsotomie de De Ammon).	Pagenstecher	Compte rendu du congrès d'ophtalm. de Paris 1862.

CHAPITRE II.

CRITIQUE GÉNÉRALE

Les procédés dermoplastiques ne peuvent avoir qu'un effet restreint. Ils ne font qu'exercer une traction sur l'arête antérieure, traction qui est toujours impuissante à combattre entièrement la rétraction cicatricielle agissant en sens inverse.

Ils peuvent guérir l'entropion spasmodique, mais ils ne sauraient guérir l'entropion cicatriciel. Ils ont de plus l'inconvénient de produire une cicatrice sur la peau.

Parmi les procédés tarsoplastiques, ceux qui incisent simplement le tarse ne combattent la rétraction cicatricielle que momentanément ; après la guérison, le tarse n'étant pas raccourci et la conjonctive n'étant pas augmentée, l'entropion tend à se reproduire.. Ceux qui résèquent du tarse répondent aux indications en ramenant le squelette rigide de la paupière à la dimension nouvelle de la conjonctive. Ils sont bons à condition que le travail de rétraction soit absolument arrêté.

C'est pour combattre un travail de rétraction ultérieur que les auteurs ont joint à l'opération diverses sortes de sutures (Anaquastakis, Panas, Snellen), et avancement du releveur dont nous allons nous occuper spécialement.

Les procédés marginoplastiques répondant à une indication précise, la restauration de la marge, sont avant tout des procédés opératoires du trichiasis et non de l'entropion, ainsi que nous l'avons déjà dit. Appliqués à ce dernier, ils ne remplacent plus la marge qui n'est point détruite mais simplement entraînée, ils en constituent une nouvelle en avant,

abandonnant l'ancienne à la conjonctive ; c'est une conjonctivoplastie exécutée au moyen de la marge rendue superflue. Ce procédé est apte à redresser les cils, à produire un effet physiologique complet, mais on ne saurait cacher que l'effet esthétique est réellement inférieur. Au lieu de la marge aux arêtes franches, on n'obtient en somme qu'un bourrelet, plus ou moins régulier, jamais gracieux.

Les procédés conjonctivoplastiques ont un principe d'une valeur indiscutable : remplacer la conjonctive atrophiée.

Nous verrons ci-après les résultats donnés dans la pratique.

Quant aux procédés canthoplastiques, ce sont des opérations défectueuses au point de vue esthétique ; seuls ils sont impuissants à combattre l'entropion cicatriciel et n'auraient d'indication que pour l'entropion spasmodique. Combinés avec d'autres procédés, ils sont une superfétation inutile et dégradante.

CHAPITRE III.

TARSECTOMIE AVEC AVANCEMENT DU RELEVEUR.

Cette opération qui a été décrite pour la première fois en 1883, offre le grand avantage d'être exécutée tout entière par la face interne de la paupière ; et, tout en n'intéressant ni la peau, ni la marge, de n'en être pas moins une opération absolument efficace pour l'entropion consécutif à l'ophthalmie granuleuse de la paupière supérieure.

L'opération première était la suivante (1) :

(1) Archives d'opht sept. et oct, 1883.

1° La paupière étant renversée, on passe une anse de fil immédiatement en arrière du tarse de manière à saisir le fascia qui représente le tendon du releveur, et on remet ce fil à un aide pour que, par lui, la paupière soit maintenue renversée.

2° Le tarse est entièrement dégagé et de son insertion supérieure par une incision curviligne faite dans son épaisseur, et de ses attaches avec l'orbiculaire par une dissection faite avec le dos d'un scalpel. On s'arrête quand on a mis à nu la peau de l'arête ciliaire.

3° C'est en ce point (la face profonde de l'arête ciliaire) que l'on vient insérer le tendon. A cet effet, les deux extrémités du fil sont passés à travers la peau et nouées extérieurement sur deux perles.

Dans son exécution actuelle, la tarsectomie remplace d'une façon définitive la simple tarsotomie. Les observations que nous donnerons, nous apprendront que l'effet en est plus complet.

Voici l'opération telle que nous l'avons vu exécuter en dernier lieu par son auteur.

L'opérateur se place derrière le malade pour l'œil droit et devant le malade pour l'œil gauche.

1^er^ *temps.* — La paupière supérieure étant renversée et maintenue avec le pouce de la main gauche, on établit par un examen détaillé la position des orifices des glandes de Meibomius. Cela fait, on sectionne avec des ciseaux pointus et droits (ciseaux à iridectomie) le tarse dans toute son épaisseur, parallèlement à cette ligne des glandes et très peu au-dessus, en introduisant une des branches des ciseaux du bord externe au bord interne du cartilage entre celui-ci et la peau.

2^me^ *temps.* — Le lambeau supérieur du tarse est saisi avec

des pinces et isolé par dilacération, sur toute sa hauteur, du muscle qui le recouvre.

Le lambeau inférieur est également saisi avec des pinces et isolé par dilacération jusqu'à ce qu'apparaisse la face profonde de la peau, reconnaissable à sa couleur blanche et à la présence des bulbes ciliaires.

3me temps. — Deux sutures sont alors placées à travers le tendon du releveur et viennent le fixer à la peau sous l'arête ciliaire elle-même.

Pour placer ces sutures, on fait passer successivement à travers la conjonctive et le tendon au-dessus du tarse que l'on tient avec des pinces, les deux extrémités des fils, qui sont reprises ensuite et passées à travers la peau de l'arête ciliaire, puis nouées ensemble sur deux perles.

4me temps. — La partie supérieure du tarse représente alors un tablier dépassant la paupière. Il ne reste plus qu'à le sectionner avec les ciseaux en ménageant, autant qu'il est possible, la conjonctive qui le recouvre.

La paupière est lavée avec une solution au $^1/_{1000}$ debichlorure de mercure.

Un peu de coton et un bandage compressif complètent le pansement.

Les fils sont enlevés du huitième au quinzième jour.

Observation I.

M. Sophie, âgée de 33 ans, ouvrière, habitant Marseille, se présente à la clinique en mars 1883. Elle est atteinte depuis son enfance d'une conjonctivite granuleuse aux deux yeux et

d'un entropion à la paupière supérieure gauche. Un traitement approprié ne procure aucune amélioration. L'opération est alors décidée et pratiquée le 13 janvier 1884, sans résection du tarse.

Le 8 avril 1885, nous renvoyons cette malade.

L'entropion ne s'est pas reproduit.

L'œil gauche nous permet de voir que la hauteur de la paupière au-dessous du premier pli est un peu augmentée.

La direction des cils est à peu près horizontale, un peu moins cependant dans la région moyenne. La largeur de la marge est un peu réduite. Les orifices des glandes de Meibomius sont situés un peu en avant de l'arête postérieure, sauf au milieu où ils se trouvent sur l'arête elle-même.

Si nous renversons la paupière, nous voyons le tarse se plier dans son milieu par les efforts du releveur.

Ce résultat est bon, mais inférieur au résultat de l'opération avec résection du tarse.

Observation II.

G. Marie, âgée de 17 ans. ouvrière, vient à la clinique en juin 1883.

A l'examen on trouve que cette malade est atteinte d'un leucome adhérent aux deux yeux, d'un entropion commençant à la paupière supérieure droite et d'un entropion très avancé à la paupière supérieure gauche. On voit aussi de nombreuses traces de granulation.

Le 23 mars 1884, l'opération de l'avancement du releveur est pratiquée à la paupière supérieure gauche sans excision du tarse.

Le 29 mars 1884, on lui fait une iridectomie.

Depuis, cette malade vient rarement à la clinique. Voici

l'état de ses yeux la dernière fois que nous l'avons vue, le 14 avril 1885.

On voit aux deux yeux les cicatrices très vicieuses d'une canthoplastie ancienne et des cicatrices d'excision cutanée parallèle aux cils.

Œil droit. Les cils du tiers interne sont retournés contre le globe de l'œil.

Œil gauche. La direction des cils est normale, la situation et la largeur de la marge sont normales excepté vers le tiers interne près de l'angle interne.

Les orifices des glandes de Meibomius dans le milieu sont en avant; à 3 millim. du point lacrymal ils sont sur l'arête.

Le tarse se plie en son milieu au point correspondant à la section en sens inverse à l'incurvation primitive.

Ce résultat est satisfaisant, mais inférieur à celui que donne l'opération avec excision du tarse.

Observation III.

C. Adelaïde, âgée de 25 ans, demeurant aux ateliers des aveugles (Marseille), est née de père et mère aveugles. Dès l'âge de 9 ans elle commença à perdre la vue.

Au moment où on l'examine elle distingue à peine le jour de la nuit.

Elle est atteinte d'une kérato-conjonctivite granuleuse des deux yeux. L'œil droit a de plus un entropion cicatriciel de la paupière supérieure.

Malgré un traitement approprié, sa vue ne s'améliore pas; on se décide à l'opération qui est pratiquée au mois de juin 1884.

M. Nicati se contente de faire l'incision du tarse et de mettre les sutures sans exciser le tarse. Au mois de juillet, l'excès de tarse qui est venu faire saillie à la face interne de la paupière, est rabattu.

Depuis cette époque nous avons revu cette malade, sa vue s'est considérablement améliorée; elle peut se conduire seule.

La ligne des cils est horizontale, la marge est intacte, mais un peu oblique, la hauteur du tarse est presque entièrement conservée. Le résultat est bon.

Observation IV.

F. Marie, 23 ans, couturière, née de parents granuleux, est atteinte elle-même d'une conjonctivite granuleuse ayant amené un entropion de la paupière supérieure gauche.

Elle est opérée le 18 février 1884.

Elle vient encore pendant quelque temps se faire cautériser au sulfate de cuivre. L'entropion ne s'était pas reproduit. Depuis, nous ne l'avons plus revue, il est à supposer qu'il n'y a pas eu de récidive.

Observation V.

O. Isola, âgée de 33 ans, habitant Marseille, est atteinte d'une conjonctivite granuleuse depuis son enfance; ses parents, d'après son dire, ont aussi mal aux yeux.

L'examen montre à l'œil gauche un leucome étendu et un entropion cicatriciel de la paupière supérieure; à l'œil

droit une taie de la cornée, qui a disparu sous l'influence des insufflations de calomel.

L'opération est pratiquée au mois de mars 1884.

La malade est venue quelque temps encore à la clinique; sa vue s'était améliorée et son entropion était guéri. Il ne s'était pas reproduit quand elle est venue pour la dernière fois le 3 janvier 1885.

Observation VI.

T. Ignace, âgé de 19 ans, maçon, vient à la clinique le 23 mars 1884.

L'examen montre que ce garçon est atteint d'une kérato-conjonctivite granuleuse ancienne, ayant amené une grande diminution de la vue; on voit de plus aux deux paupières supérieures un entropion cicatriciel.

L'opération est pratiquée aux deux paupières le 1er avril 1884.

Le 27 février 1885, nous le voyons pour la dernière fois; la ligne des cils est horizontale, les paupières ont repris leurs plis normaux. La marge est intacte et perpendiculaire au globe oculaire.

La vue s'améliore considérablement. L'entropion ne s'est pas reproduit.

Observation VII.

G. Françoise, âgée de 72 ans, a été atteinte en 1836 d'une kérato-conjonctivite granuleuse qui lui occasionna un entropion partiel interne de la paupière supérieure droite.

Sous l'influence des cautérisations au sulfate de cuivre sa vue s'améliora surtout à l'œil gauche. Quant à l'entropion, il ne fit que s'accentuer davantage. Elle vint alors à la clinique où l'opération lui fut proposée.

M. Nicati pratique l'opération par l'avancement du releveur le 4 mai 1884.

Un mois plus tard cette femme quittait la clinique guérie; l'entropion ne s'était pas reproduit, la vue s'améliorait.

Observation VIII.

L. Marius, âgé de 16 ans, demeurant à Marseille, est atteint d'une conjonctivite granuleuse des deux yeux ayant amené un entropion cicatriciel aux deux paupières supérieures.

Les cautérisations au sulfate de cuivre, la pommade au précipité jaune, employés pendant longtemps, ne donnent aucun résultat.

L'opération est proposée et pratiquée en mai 1884 pour l'œil gauche et en décembre de la même année pour l'œil droit.

Nous avons revu ce malade une seule fois depuis le 20 février 1885.

L'entropion ne s'était pas reproduit et sa conjonctivite granuleuse s'était considérablement améliorée. Comme il n'a plus reparu, nous avons supposé qu'il était entièrement guéri.

Observation IX.

C. Marie, âgée de 18 ans, repasseuse, vient à la clinique le 17 mai 1883. Elle souffre des yeux depuis un an environ.

L'examen direct indique une conjonctivite granuleuse aux deux yeux. L'œil gauche a au centre de la cornée une taie commençante très légère, un néphélium, l'œil droit un pannus circulaire.

La paupière supérieure droite est scoriée, la conjonctive présente une infiltration diffuse dure, et l'on voit également un entropion se produire à cette paupière.

Malgré un traitement approprié, malgré des cautérisations au sulfate de cuivre, malgré des insufflations de calomel, son état ne s'améliore pas. Le 3 octobre 1883, on essaie le *jequirity* qui ne donne aucun résultat.

M. Nicati opère l'entropion. L'opération est pratiquée le 20 juin 1884.

Œil droit. La paupière étant relevée et les sutures placées, incision de la conjonctive et du tarse, décollement du tarse, section du tarse et sutures avec l'arête ciliaire. Huit jours après les points de suture sont enlevés.

Le 9 avril 1885 nous revoyons cette malade, sa vue s'améliore et son entropion ne s'est pas reproduit.

Si nous examinons sa paupière opérée, nous voyons que l'esthétique est bonne et semblable à celle du côté opposé. La ligne des cils est horizontale et l'orifice des glandes de Meibomius est sur l'arête postérieure.

Les glandes de Meibomius ne sont pas engorgées, ce qui pourrait faire supposer la section de ces glandes.

Quant à la marge, sa largeur est un peu réduite.

La hauteur du tarse est diminée, mais la paupière peut encore basculer. Il est permis d'espérer que l'entropion ne se reproduira plus.

Observation X.

B. Joséphine, âgée de 46 ans, ménagère, vient à la clinique le 20 janvier 1884.

Elle est atteinte d'un entropion cicatriciel aux deux paupières supérieures, provenant d'une conjonctivite granuleuse dont elle souffrait depuis longtemps.

L'opération est proposée et pratiquée à l'œil droit le 22 juin 1884.

La malade part guérie au mois de juillet et ne revient plus : tout fait supposer que son entropion ne s'est pas reproduit à l'œil droit.

Observation XI.

H. Élisa, âgée de 34 ans, demeurant à Marseille, vient à la clinique le 27 janvier 1881. Malade des yeux depuis son enfance, elle est atteinte de conjonctivite granuleuse aux deux yeux et d'un entropion à la paupière supérieure gauche. L'œil gauche présente aussi sur la cornée un leucome étendu et un pannus. La malade nous dit qu'elle a été déjà opérée une fois à la paupière gauche supérieure, des cicatrices anciennes de cautérisation et d'excision le confirment.

M. Nicati l'opère le 16 février 1885, au moyen de l'avancement du releveur, et au lieu de mettre deux points de suture, il n'en met qu'un.

Nous revoyons la malade le 31 mars.

La paupière supérieure gauche présente les cicatrices des cautérisations et excisions antérieures. Les cils ont pris une

bonne direction. La marge est normale. On reconnaît encore la portion renversée à une saillie persistant au milieu de la marge.

La hauteur du tarse est considérablement diminuée, l'entropion ne s'est pas reproduit, et la vue s'améliore peu à peu.

Observation XII.

M. Fanny, 54 ans, ouvrière, est en traitement à la clinique depuis six ans. Elle est affectée d'une kérato-conjonctivite granuleuse. L'œil droit a de plus un pannus ancien et un entropion à la paupière supérieure. Tous les traitements employés n'ont pas amené une grande amélioration.

M. Nicati l'opère le 15 février 1885 en ne mettant qu'une seule suture.

L'entropion ne s'est pas reproduit au moment où nous la voyons pour la dernière fois le 5 avril 1885.

L'œil droit étant fermé, on voit au-dessus des cils la réapparition d'un pli cutané horizontal qui avait disparu auparavant, pli qui manque à gauche.

Les cils ont la direction horizontale normale.

La marge est aussi horizontale et intacte. L'orifice des glandes de Meibomius est situé en avant de l'arête postérieure.

La hauteur du tarse est diminuée.

L'aspect esthétique est parfait.

La vue revient.

Observation XIII.

G. Mariané, âgée de 40 ans, ouvrière, appartient à une famille dont tous les membres sont porteurs de granulations. Elle est atteinte elle-même d'une kérato-conjonctivite granuleuse et d'un entropion à la paupière supérieure gauche, depuis 20 ans.

L'opération est pratiquée le 20 février 1885.

Les fils sont enlevés le 27 février 1885.

Depuis cette époque, cette malade y voit mieux, sa cornée s'éclaircit et il est à supposer que la guérison complète aura lieu à bref délai.

Au moment où nous la voyons pour la dernière fois, le 10 avril 1884, l'entropion ne s'est pas reproduit. Si nous l'examinons, les yeux ouverts, nous voyons que la paupière opérée est plus relevée que celle du côté opposé où il y a un commencement d'entropion. Les cils ont une direction normale ; la marge conserve son épaisseur ordinaire. L'orifice des glandes de Meibomius est située en avant de l'arête postérieure, la hauteur du tarse est très réduite. Cependant la paupière peut être renversée.

Observation XIV.

P. Claudine, âgée de 30 ans, marchande ambulante, est atteinte depuis l'âge de 15 ans d'une kérato-conjonctivite granuleuse ayant amené un entropion cicatriciel aux deux paupières supérieures. Elle est traitée longtemps par des cautérisations au sulfate de cuivre. L'opération lui est pro-

posée. Elle accepte, et le 7 janvier 1885 on opère la paupière supérieure gauche.

Un mois plus tard, le 27 février, la paupière droite est opérée. Cette malade, malgré des instillations de solution à 2 p. 100 de cocaïne est très rebelle. Malgré cela l'opération est pratiquée rapidement. Cette malade va beaucoup mieux depuis. Elle vient rarement à la clinique se faire cautériser. Sa vue s'est considérablement améliorée.

La dernière fois que nous l'avons vue, le 11 avril 1885, la paupière supérieure de l'œil gauche a repris son état normal. Les plis sont revenus à leur position ordinaire. Les cils ont une direction horizontale, la marge est horizontale, l'orifice des glandes de Meibomius est situé sur l'arête postérieure. Le tarse est sensiblement raccourci.

L'œil gauche présente le même aspect, les cils, la marge ont la même direction horizontale et ici l'orifice des glandes de Meibomius est en avant de l'arête postérieure. Le tarse est très raccourci.

En somme l'état de cette femme est très satisfaisant.

Observation XV.

L. Marie, âgée de 29 ans, couturière, vient à la clinique depuis un an. Elle souffre des yeux depuis son enfance. Nous voyons, à l'examen direct, à l'œil droit, un leucome ancien, un entropion cicatriciel n'incommodant pas beaucoup la malade ; à l'œil gauche, à la paupière supérieure, un entropion cicatriciel suite de granulations et une taie sur la cornée.

Le 7 mars 1885, M. Nicati opère l'entropion de la paupière supérieure gauche.

Il essaie de décoller la conjonctive avant d'inciser le tarse, ce qui ne réussit pas, vu l'adhérence intime de cette muqueuse avec le tarse.

Le reste de l'opération ne change pas.

Nous voyons cette malade le 11 avril pour la dernière fois. A ce moment la paupière reprend ses plis, les cils ont une direction horizontale, la marge est intacte, les orifices des glandes de Meibomius sont situés en avant de l'arête postérieure.

La cicatrisation de la conjonctive est complète, à l'exception d'un petit bourgeon situé près de l'angle interne.

La malade y voit mieux.

CHAPITRE IV.

CONJONCTIVOPLASTIE.

Cette opération est de date récente.

Dans un premier travail, M. Nicati a publié les lignes suivantes que nous trouvons dans le *Marseille médical* de 1879:

« Application de la peau de la paupière à la face interne »de l'organe pour remplacer la conjonctive en cas de des- »truction (conjonctivoplastie cutanée).

»La peau de la paupière, naturellement si mince et si »souple, me paraît devoir être employée pour reconstituer »la conjonctive en cas de destruction considérable.

»Le peu d'expérience que j'ai en ce point ne peut m'em- »pêcher d'espérer une modification progressive de la peau »qui la rende analogue à une muqueuse à surface bien polie »et glissante.

»L'opération à exécuter variera suivant les cas. Elle re»viendra cependant toujours à un procédé analogue à la »marginoplastie et dont voici les éléments: traverser la »paupière de part en part au-dessus du bord ciliaire, coudre »la conjonctive avec la peau, circonscrire et isoler suffisam»ment le lambeau cutané, puis fixer le bord ciliaire à sa nou»velle place. La résection du tarse sera sans doute généra»lement indiquée.

»Je ne crois pas me hasarder en disant qu'une margino»plastie à grande surface avec ou sans résection du tarse, »est pour certains cas une excellente conjonctivoplastie et »doit être rangée dans les opérations du symblepharon. »

Nous avons encore dans la thèse de M. Parent 1883, l'indication suivante tirée de la tarsoplastie de M. Gayet:

«Si l'altération tarsienne et conjonctivale siège plus haut, »il faudra aller placer le lambeau cutané à ce niveau, et, comme »la région est difficilement accessible, M. Gayet propose de »faire, suivant les cas, une ou deux incisions verticales de »toute la paupière: le lambeau cutané sera disséqué, tordu »légèrement sur son pédicule, puis suturé entre les lèvres »de l'incision longitudinale de la conjonctive et du tarse. On »s'opposera à la réunion immédiate de l'incision verticale, »et lorsque le lambeau cutané sera bien adhérent, on le cou»pera vers sa base et on laissera cicatriser l'incision verti»cale; s'il existe en même temps du trichiasis, on pourra »transplanter un lambeau près du bord libre. »

M. Nicati a exécuté plusieurs fois la conjonctivoplastie pour l'entropion de la paupière inférieure. Elle a toujours donné de bons résultats.

A la paupière supérieure il l'a exécutée deux fois, dont une récemment sur notre demande. Nous l'avons vu opérer de la façon suivante qui est celle aussi employée à la paupière inférieure.

Le malade étant couché.

1^er^ temps. — On délimite un lambeau horizontal sur la face cutanée de la paupière à 4 à 5 millim. de l'arête ciliaire, lambeau que l'on détache à ses deux extrémités en le laissant adhérent en son milieu.

2^me^ temps. — On sectionne le tarse par dedans au point d'incurvation le plus prononcé et sur toute sa longueur.

3^me^ temps. — On fait avec des ciseaux une boutonnière dans le muscle et l'on attire avec des pinces le lambeau cutané entre les lèvres de la plaie conjonctivale.

4^me^ temps. — Ceci fait, on fixe ce petit lambeau avec des points de suture placés à ses angles, et l'on réunit la plaie cutanée. On lave la paupière et on la recouvre d'un peu de coton et d'un bandage compressif.

Les points de suture sont enlevés aussitôt après la cicatrisation de la plaie cutanée.

Observation I.

Conjonctivoplastie de la paupière inférieure.

La sœur Sainte-Marguerite, âgée de 32 ans, vient à la clinique en juin 1883; fille de père et mère granuleux, elle souffre elle-même des yeux depuis son enfance. A son arrivée, l'examen montre à l'œil gauche un pannus récidivé qui la conduit encore à la clinique aujourd'hui. L'œil droit est atteint d'un leucome staphylomateux et d'un entropion cicatriciel à la paupière inférieure. Le 20 novembre 1883, M. Nicati pratique la marginoplastie, telle que nous l'avons

décrite. L'opération réussit bien et l'entropion ne fait plus souffrir la malade. Le 7 février 1884, des accidents glaucomateux apparaissent et l'iridectomie externe est pratiquée. Enfin, le 2 novembre 1884, les accidents augmentant, l'énucléation de l'œil droit est devenue nécessaire.

Le 1er avril 1885, nous revoyons cette malade. La cavité orbitaire a considérablement diminué de manière à rendre difficile le placement d'un œil artificiel, et, de plus, la paupière supérieure n'ayant plus de point d'appui, a basculé et un entropion s'est produit. Si nous examinons la cavité orbitaire elle-même, nous voyons une bride cicatricielle partant de la marge supérieure et réduisant le sac à un minimum; les cils de la paupière supérieure touchent la surface toute de peau, obtenue par la conjonctivoplastie. Pas de trace d'irritation. La peau du lambeau, exposée à l'air, conserve pourtant encore l'aspect d'une muqueuse.

Observation II.

Conjonctivoplastie de la paupière supérieure.

S. Victorine, âgée de 40 ans, vient à la clinique en mai 1879.

L'examen de cette malade montre un ulcère de la cornée, une tumeur lacrymale qui est incisée quelques jours après, et un entropion de la paupière supérieure, le tout à l'œil gauche. L'opération de conjonctivoplastie est pratiquée le 14 janvier 1880.

Un lambeau cutané est passé à travers une boutonnière faite horizontalement au milieu du tarse, boutonnière prolongée par une incision qui ne traverse pas le tarse dans toute sa profondeur.

Le 16 janvier, enlèvement des sutures externes. Le 17, le lambeau fait saillie à la face interne sous forme d'un vrai polype étalé. Le 24, le polype persiste et se recouvre d'épithélium sous toutes ses faces.

Le 12 février, même état, on extirpe le polype.

Voici ce que nous trouvons le 14 avril 1885 :

Les cils très-peu nombreux, déliés, restent accolés contre la paupière et ne frottent pas contre la cornée, quoique la marge soit presque totalement entraînée. On voit des cicatrices apparentes sur le tarse à sa face interne.

Observation III.

Conjonctivoplastie de la paupière supérieure.

L. Louise, âgée de 29 ans, demeurant à Marseille, souffre des yeux depuis 5 à 6 ans. A son arrivée à la clinique, nous constatons qu'elle est atteinte d'une kérato-conjonctivite granuleuse ancienne et d'un entropion cicatriciel à la paupière supérieure droite. L'opération est pratiquée le 24 mars 1885. Sous l'influence des instillations d'une solution à 4 pour 100 de cocaïne, la malade ne souffre pas trop et est très-docile.

Le 17 mars, les points de suture qui réunissent la plaie cutanée sont enlevés.

Le 28 mars, les points de suture qui unissent le lambeau à la muqueuse sont enlevés, et en relevant un peu la paupière on voit le lambeau plissé, et dans les plis des amas d'épiderme desquamé.

Le 8 avril, on excise de petits bourgeons charnus.

Le 14 avril, la malade se plaint encore, après trois semaines que la paupière frotte la cornée d'une façon gênante et

douloureuse. La position de la marge et des cils est du reste excellente. Il est regrettable de ne pouvoir donner le résultat définitif de cette opération.

De l'observation que nous avons indiquée de conjonctivoplastie appliquée à la paupière inférieure et d'autres semblables qui ont été faites à la clinique, il résulte que c'est là une bonne opération. On obtient en effet un redressement parfait de la marge, et la peau devenue conjonctive en remplit les fonctions sans aucune gêne.

Nous ne pouvons en dire autant de l'opération appliquée à la paupière supérieure. à en juger par les deux seuls faits dont nous disposons. Le temps écoulé depuis la dernière opération est cependant trop court pour permettre un jugement définitif. Nous n'oublions pas que le contact de la paupière supérieure avec la cornée est bien plus constant que celui de la paupière inférieure et que par conséquent si la peau a pu faire fonction de conjonctive en bas, il n'est pas dit qu'il en soit de même en haut.

CONCLUSIONS.

Nous nous sommes efforcé, dans cette thèse, d'établir que:

1° L'entropion est une affection absolument distincte du trichiasis ;

2° Qu'il est caractérisé par le renversement de la paupière en dedans et par l'intégrité de la marge palpébrale dont la limite est sans cesse reconnaissable à la présence des orifices des glandes de Meibomius ;

3° Après avoir établi le classement et la critique des procédés opératoires, nous avons donné la préférence pour la paupière supérieure à la tarsectomie avec avancement du releveur. Pour la paupière inférieure, à la conjonctivoplastie.

Nous avons donné des faits qui nous ont permis d'établir ce jugement.

Vu bon à imprimer :
Le Doyen,
J. BENOIT.

Vu :
Le Président censeur
DUBRUEIL.

Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !